

Проф. А.Н. Косинец,
проф. М.Г. Сачек,
канд. мед. наук. К.А. Ходьков,
И.И. Черняков, доц. К.В. Москалев,
С.П. Выхристенко, А.В. Бледнов

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Витебский государственный
медицинский университет

Заболевания щитовидной железы в последнее время привлекают пристальное внимание в связи с наметившейся тенденцией к увеличению их числа. В Республике Беларусь в постчернобыльский период к традиционным этиопатогенетическим факторам заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) (йододефицитные состояния, генетические нарушения, стрессовые ситуации, загрязнение окружающей среды) прибавилось и радиационное воздействие на ЩЖ.

В первые дни и месяцы после катастрофы в той или иной степени «йодному удару» радиоактивными изотопами йода подверглась большая часть населения РБ [5]. Нельзя также исключить и влияние на макроорганизм и ЩЖ, в частности долгоживущих изотопов цезия и стронция. В наибольшей степени пострадали южные районы Гомельской области, именно там наблюдается наибольший рост заболеваемости как доброкачественными, так и злокачественными заболеваниями ЩЖ среди взрослых и детей [3,6,7]. Значительный рост рака ЩЖ и аутоиммунного тиреоидита среди детей, по сравнению с дочернобыльским периодом, свидетельствует об особых условиях, сложившихся в нашей республике в последние годы [3,6,7].

Лечение доброкачественных заболеваний ЩЖ, в особенности узловые формы патологии, является предметом спора в течение нескольких десятков лет. С одной стороны у здоровых лиц узловые образова-

ния в щитовидной железе при применении УЗИ встречаются достаточно часто, а в возрастной группе старше 50 лет могут рассматриваться как проявление возрастной нормы [4]. С другой стороны многие авторы рассматривают узловой нетоксический зоб как предраковую патологию, требующую раннего оперативного лечения [1, 2, 8].

Диагностические и лечебные мероприятия при раке ЩЖ в последние годы в Республике Беларусь активно разрабатываются. Вместе с тем в лечении доброкачественных заболеваний ЩЖ в РБ в постчернобыльский период есть много вопросов. Основной и наиболее сложной для хирургов является проблема выявления рака ЩЖ в ранних стадиях на дооперационном этапе. Несмотря на широкое применение пункционных биопсий под контролем УЗИ, экспресс биопсии, процент выявления рака ЩЖ в стадии T1, T2 в послеоперационном периоде при гистологическом исследовании препаратов остается довольно высоким. Ввиду того, что большей части оперированных больных показана заместительная или супрессивная терапия, данная проблема ввиду высокой стоимости лечения имеет и социальный характер.

Несмотря на то, что Витебская область Республики Беларусь пострадала от Чернобыльской катастрофы в наименьшей степени, и здесь определяется рост количества больных с заболеваниями ЩЖ, которым показано хирургическое лечение. Клиника госпитальной хирургии Витебского государственного медицинского университета на базе областной клинической больницы является одним из ведущих лечебных учреждений Витебской области, где оперируется большая часть больных с доброкачественными заболеваниями ЩЖ.

С 1988 г. по 1999 г. было прооперировано 3745 больных. Распределение по годам отмечалось следующее: 1988г. - 241; 1989г. - 224; 1990 - 260; 1991г. - 293; 1992г. - 311; 1993г. - 339; 1994г. - 327; 1995г. - 351; 1996 - 395; 1997г. - 444; 1998г. - 561. Таким образом, за 11 лет количество оперированных больных по по-

воду заболеваний ЩЖ в нашей клинике увеличилось в 2,3 раза. С одной стороны это можно объяснить улучшением первичной диагностики заболеваний ЩЖ, с другой стороны нельзя исключить влияние последствий аварии на ЧАЭС. В связи с этим определенный интерес представляет анализ заболеваний ЩЖ и применяемых методов оперативного лечения.

В 1998 году было проведено 561 оперативное вмешательство на ЩЖ. Основными показаниями к оперативному лечению являлись: узловой эутиреоидный зоб с ростом узлов, не поддающихся терапии L-тирок-сином, значительные размеры зоба, вызывающие деформацию шеи, смещение или сдавление трахеи, загрудинная локализация, тиреотоксический зоб, резистентный к консервативной терапии. Больные с тиреотоксикозом с целью достижения эутиреоидного состояния и компенсации сопутствующей патологии в среднем около двух недель (от 4 до 37 дней) проходили плановую предоперационную подготовку в эндокринологическом отделении.

Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинического обследования больного, ультразвукового исследования и пункционной биопсии наиболее подозрительных на малигнизацию узлов под контролем УЗИ.

Пациенты с диагнозом рак ЩЖ направлялись для дальнейшего обследования и лечения в областной онкологический диспансер.

По степени увеличения ЩЖ больные распределялись следующим образом: зоб 2 степени был у 21 (3,7%) больных, 3 степени у 504 (89,8%), 4 степени у 32 (5,7%), 5 степени у 4 (0,7%) больных.

Больные по возрасту распределялись следующим образом: до 25 лет - 32 пациента (5,7%); 25-40 лет - 123 (21,9%); от 41 до 60 лет - 297 (52,8%); более 60 лет - 111 (19,7%).

Среди проходивших обследование и лечение больных женщин было 529 (94%); мужчин 34 (6%). Жители сельской местности были 171 пациент (30,4%), городов - 392 (69,6%).

Были проведены следующие оперативные вмешательства: субтотальная резекция ЩЖ - 355 (63,3%); гемитиреоидэктомия и субтотальная резекция другой доли ЩЖ - 78 (13,9%); тиреоидэктомия - 29 (5,2%); резекция ЩЖ - 36 (6,4%); гемитиреоидэктомия - 61 (10,9%); а также ревизия ЩЖ - 1; удаление пирамидальной доли и верхнего полюса справа - 1 (рецидивный зоб). Резекции проводились в пределах макроскопически здоровой железистой ткани. Оперативное вмешательство проводилось под местной анестезией, которая в части случаев дополнялась нейролепто-аналгезией.

По данным клинического обследования, гистологического исследования операционного материала заключительный диагноз эутиреоидного узлового зоба был поставлен 410 больным (72,8%); смешанного эутиреоидного зоба - 27 (4,8%); диффузного токсического зоба - 16 (2,8%); смешанного токсического зоба - 27 (4,8%); аутоиммунного тиреоидита Хашимото - 38 (6,8%) (у одного больного с переходом в зоб Риделя); рак щитовидной железы - 45 (8%). Операции по поводу рецидивного зоба были выполнены у 36 больных (6,4%).

Из осложнений отмечались следующие:

парез возвратных нервов - 5 (0,9%);
послеоперационный гипопаратиреоз - 5 (0,9%);

кровотечение с последующей ревизией послеоперационной раны с перевязкой кровоточащего сосуда - 2 больных (0,4%).

На фоне увеличения количества больных с доброкачественной патологией ЩЖ имеется и рост злокачественной патологии. Следует также отметить, что несмотря на широкое применение ультразвуковой диагностики и пункционной биопсии под контролем УЗИ наблюдается рост числа больных с карциномой ЩЖ в начальных стадиях у которых диагноз ставится только в результате гистологического исследования фиксированного материала в послеоперационном периоде. Процент выявления ра-

ка ЩЖ по данным гистологического исследования операционного материала составил: 1988г. - 3,7%; 1989г. - 3,6%; 1990г. - 6,2%; 1991г. - 7,5%; 1992г. - 7,4%; 1993г. - 6,2%; 1994г. - 4,6%; 1995г. - 5,7%; 1996г. - 5,1%; 1997г. - 9%; 1998г. - 7,7%.

В 1998 году при гистологическом исследовании рак ЩЖ был выявлен у 43 пациентов, у 2 больных диагноз был поставлен до операции и для дальнейшего лечения они были переведены в онкологический диспансер. У 29 (64,4%) пациентов опухоль имела папиллярное, у 10 (22,2%) фолликулярное строение. Фолликулярный вариант папиллярного рака был выявлен у 5 (11,1%) больных. Медуллярный рак определялся у 1 (2,2%) пациента.

Среди больных раком ЩЖ было 41 (91,1%) женщин и 4 (8,9%) мужчин. По возрасту больные с раком ЩЖ распределялись следующим образом: до 25 лет не было пациентов, от 25 до 40 лет - 6 больных (13,3%), от 41 до 60 лет - 28 (62,2%), старше 60 лет 11 (24,4%). Жители города составили 31 (68,9%), сельской местности 14 (31,1%). Опухоль в стадии T1 - была обнаружена у 18 больных (40%), T2 - у 23 (51,1%), T3 - у 4 (8,9%). Мультицентрический рост опухоли с поражением противоположной доли выявлен у 2 больных (4,4%). Поражения регионарных лимфоузлов и отдаленных метастазов у оперированных больных выявлено не было.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства:

субтотальная резекция ЩЖ - 12 (28%),

гемитиреоидэктомия с удалением перешейка - 5 (11,6%),

гемитиреоидэктомия
и субтотальная резекция другой доли - 25 (58,1%),

тиреоидэктомия - 1 (2,3%).

Диагноз при поступлении у больных с раком ЩЖ был узловой зоб у 39 (86,7%), диффузный токсический зоб у 1 (2,2%), смешанный токсический зоб у 4 (8,8%), у одного пациента рецидив опухоли (2,2%).

Анамнез заболевания до 1 года у 14 больных (31,1%), от 1 года до 3 лет - 17 (37,8%), от 3 до 5 лет - у 4 (8,9%), более 5 лет - у 10 (22,2%).

Увеличение ЩЖ, наличие узлов обнаружили самостоятельно 26 пациентов (57,8%), выявлено при профилактических, врачебных осмотрах у 19 (42,2%).

Результаты и обсуждение:

Анализ заболеваний ЩЖ по материалам клиники госпитальной хирургии Витебского государственного медицинского университета на базе Витебской областной клинической больницы свидетельствует о росте числа пациентов с доброкачественной патологией ЩЖ, которым показано оперативное лечение. С 1988 года по 1999 год, за 11 лет количество оперированных больных увеличилось в 2,3 раза. Большую часть оперированных в 1998 году пациентов - составили женщины наиболее активного, трудоспособного возраста от 25 до 60 лет. Вместе с тем в 1998 году было прооперировано 32 (5,7%) больных в возрастной группе до 25 лет, что свидетельствует о «омоложении» патологии ЩЖ. Следует отметить, что большинству оперированных больных выполнялись значительные по объему оперативные вмешательства на ЩЖ. Удельный вес гемитиреоидэктомий составил всего 10,9 процента, что свидетельствует о двустороннем многоузловом распространенном патологическом процессе в ЩЖ у большинства оперированных больных.

Можно отметить рост числа заболеваний зобом среди мужчин. В 1998 году было проведено 34 оперативных вмешательства, из них 30 больных было оперировано по поводу доброкачественной патологии ЩЖ, а у 4 (11,8%) был поставлен диагноз рак щитовидной железы. Таким образом, узловое поражение ЩЖ у мужчин является более подозрительным в плане малигнизации, чем у женщин.

Анализ результатов оперативного лечения больных с рецидивным зобом свидетельствует, что только у 2 из 36

(5,5%) больных рецидив заболевания был обусловлен развитием карциномы ЩЖ, что несколько отличается от материалов других клиник [9]. Для получения статистически значимых результатов ввиду важности данного вопроса для тактики оперативного лечения рецидивного зоба необходим анализ результатов операций по всем лечебным учреждениям области.

Заключительный диагноз узловой эутиреоидный зоб является преобладающим среди наших больных. Снижение количества оперированных пациентов с диффузным токсическим зобом и увеличение количества больных с раком ЩЖ отмечают и польские авторы [10].

У большинства оперированных больных увеличение ЩЖ было 3 степени, лишь у 32 (5,7%) пациентов наблюдался зоб 4 и 5 степени.

Отдельного подхода заслуживает проблема лечения рака ЩЖ. Несмотря на проводимые на дооперационном этапе диагностические мероприятия процент больных, у которых выявлен рак ЩЖ по результатам гистологического исследования операционного материала, остается довольно высоким - 7,7%. Это свидетельствует о скрытом течении заболевания у части больных, что требует дальнейшей разработки новых диагностических приемов по выявлению начальных стадий злокачественного поражения ЩЖ.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Агеев И.С. Онкологические и эндокринологические подходы к лечению рака щитовидной железы в условиях зобной эндемии. Автореф. дис. д-ра мед. наук.-М., 1992.

2. Амирова Н.М. Тактика и объем операции у больных с узловыми образованиями щитовидной железы. Автореф. дис. д-ра мед. наук.- Саратов, 1996.

3. Бирюкова Л.В., Тулупова М.И. Динамика заболеваемости эндокринной патологией в Гомельской области в постчернобыльский период // Чернобыль: Экология и здоровье, 1996.-№2.-С.32-34.

4. Валдина Е.А. Узловой зоб и рак щитовидной железы // Вестник хирургии, 1997.-№2.-С.23-26.

5. Герменчук М.Г., Жукова О.М., Шагалова Э.Д., Матвеев И.И. Методические подходы к реконструкции выпадений йода-131 и закономерности его распределения по территории Беларуси в результате катастрофы на чернобыльской атомной электростанции // Медико-биологические аспекты аварии на Чернобыльской АЭС, 1996.-№4.-С.72-79.

6. Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. Рак щитовидной железы у детей.-М., 1996.

7. Океанов А.Е., Демидчик Е.П., Анкудович М.А. Заболеваемость раком щитовидной железы в Республике Беларусь // Здравоохранение, 1996.-№1.-С.57-61.

8. Шебушев Н.Г., Пузан А.Е., Еременко А.М. Хирургическое лечение узлового зоба // Актуальные вопросы эндокринологии, -Минск, 1999.-С.220-221.

9. Шиленок В.Н., Сайд Насир А., Лекторов В.Н. Рецидивы после операций на щитовидной железе // Ежегодник «Экологическая антропология», вып.3, - Минск, 1998.-С.160-162.

10. Narebsky J., Pomorski L., Rybinsky K. O zmianach w strukturze operowanego wola//Wiadomosci Lekarski.1997,-50 Su 1 Ptl.-P.10-13.